



Pramerica

Contratto di Assicurazione Temporanea per il caso di morte
a Premio Annuo Costante Limitato, con Rendita certa

Family Protection

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Vita
- Condizioni di assicurazione
- Modulo Proposta di Assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione
Prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Vita e il DIP Aggiuntivo Vita.**

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono redatte secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari".

Edizione 01/20

Pramerica Life S.p.A.

Società soggetta a direzione e coordinamento
di Eurovita Holding S.p.A.

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

**ALLEGATO DI PRECISAZIONE AL SET INFORMATIVO
"Family Protection" - Vers. 01/20**

Con il presente allegato si precisa che i dati di seguito riportati sostituiscono quelli riportati all'interno del DIP Aggiuntivo VITA relativo al prodotto sopra indicato.

In particolare, a far data dal 1° giugno 2020, sono da considerare sostituiti all'interno del DIP Aggiuntivo VITA:

• a pagina 1 di 5, i seguenti dati:

Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta ad € 62,1 milioni al 31/12/2019, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano ad € 49,6 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 293 % che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

SET INFORMATIVO

“Family Protection”

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE
A PREMIO ANNUO COSTANTE LIMITATO, CON RENDITA CERTA

Il presente Set Informativo, contenente:

DIP Vita	Pag. 2
DIP Aggiuntivo Vita	Pag. 4
Condizioni di Assicurazione	Pag. 9

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP Vita e il DIP Aggiuntivo Vita.

Contratto di Assicurazione Temporanea per il caso di Morte a Premio Annuo Costante Limitato, con Rendita certa



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Compagnia: Pramerica Life S.p.A.

Prodotto: Family Protection

Data realizzazione documento: 01/01/2020

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza vita è particolarmente adatta a proteggere e a dare supporto in caso di premorienza dell'Assicurato, sia in ambito professionale che familiare, consentendo la gestione delle conseguenze economiche, attraverso l'erogazione di una rendita costante sino alla scadenza del contratto.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Le prestazioni assicurate sono le seguenti:

- ✓ **Decesso**, qualunque possa essere la causa, salvo i limiti di copertura di cui sotto.
- ✓ **Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)**, solo se espressamente richiamata in proposta e polizza;

In caso di **Decesso** dell'Assicurato, la Compagnia garantisce il pagamento della rendita certa costante in rate posticipate rispetto alla data del decesso, secondo la rateazione richiesta, fino alla scadenza del contratto; la prima rata verrà corrisposta alla prima scadenza di rata immediatamente successiva alla data della morte dell'Assicurato.

Tale prestazione verrà garantita anche qualora il contratto preveda anche la copertura di **Invalidità Funzionale Grave e Permanente**.

È possibile modificare i termini del contratto mediante l'esercizio delle seguenti opzioni contrattuali:

- Opzione in caso di morte: al posto della rendita, il Contraente, prima della morte dell'Assicurato o, in mancanza di tale richiesta, il Beneficiario, dopo la morte dell'Assicurato, può chiedere che la rendita sia convertita in un capitale equivalente, pari al valore attuale, calcolato al tasso di interesse del 3% annuo composto posticipato delle rate di rendita pagabili a partire dalla rata immediatamente successiva alla data della morte fino a quella coincidente con la scadenza contrattuale;
- Flash Benefit: in caso di morte dell'Assicurato, è previsto il pagamento anticipato al Beneficiario entro 48 ore dal ricevimento della documentazione richiesta, di un importo pari al 25% della prestazione caso morte, con un massimo di euro 20.000;
- Opzione in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente: al posto della rendita, il Contraente, prima che si sia verificata l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato o, in mancanza di tale richiesta, l'Assicurato, dopo che si sia verificata l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente, può chiedere che la rendita sia convertita in un capitale equivalente pari al valore attuale delle rate di rendita calcolato al tasso del 3% annuo composto posticipato, pagabili a partire dalla rata immediatamente successiva alla data di denuncia dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente fino a quella coincidente con la scadenza contrattuale.

È prevista una rendita minima annua di euro 6.000.



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula della polizza:

- ✗ non abbiano ancora compiuto 18 anni;
- ✗ abbiano compiuto 65 anni;
- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione abbiano un'età superiore a 75 anni.

Le garanzie **Decesso e Invalidità Funzionale Grave e Permanente** non operano in caso di:

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ✗ suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla decorrenza della copertura assicurativa o trascorso questo periodo, nei primi 6 mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione.

La garanzia **Invalidità Funzionale Grave e Permanente** non opera in caso di:

- ✗ dolo dell'Assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

! La garanzia **Decesso** è sottoposta ad un periodo di carenza di 5 anni, qualora l'Assicurato non si sia sottoposto al test HIV e la morte sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da altra patologia da essa collegata. Qualora, però, il Contratto di Assicurazione risulti in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia liquiderà il solo importo dei premi versati al netto dei costi sostenuti da quest'ultima.



Dove vale la copertura?

- ✓ Il rischio di **Decesso** è coperto senza alcun limite territoriale.



Che obblighi ho?

- A seconda della tua età e della prestazione assicurata, devi compilare e sottoscrivere il questionario anamnestico o devi sottoporerti a specifiche visite mediche – unico presupposto per la sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.
- Le tue dichiarazioni devono essere esatte, veritiere e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del Contratto di Assicurazione.
- In qualità di Contraente, sei tenuto a comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di cittadinanza e/o residenza fiscale entro 30 giorni dalla variazione.



Quando e come devo pagare?

- Il Contraente paga il premio di sottoscrizione tramite assegno (non trasferibile), Bonifico Bancario/Postale, Bancomat e/o Carta di credito, Bollettino MAV.
- Il Contraente paga i successivi premi annui anticipati, mediante addebito sul proprio conto corrente/postale. Qualora il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale il premio potrà essere corrisposto con la modalità "Bollettino MAV" (in questo caso il premio non può essere frazionato). L'entità del premio si determina in base alla durata del contratto, all'ammontare della rendita assicurata, all'età dell'Assicurato, allo stato di salute, all'attività professionale e sportiva svolta dall'Assicurato e all'abitudine di fumo (fumatore o non fumatore) di quest'ultimo.
- Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali.
- La durata del contratto deve essere compresa fra un minimo di 10 anni e un massimo di 30 anni, mentre la durata del periodo di pagamento dei premi è pari alla durata del contratto diminuita di 2 anni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente è messo a conoscenza dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia, ossia dal giorno in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o il Contraente riceve per iscritto, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, la comunicazione di assenso della Compagnia ed il relativo documento di polizza.
Per i contratti che non prevedono accertamenti sanitari ma la compilazione di un questionario anamnestico, le coperture assicurative decorrono dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta e in polizza, a condizione che sia stato pagato il premio, che l'incasso sia andato a buon fine e che la proposta con i relativi allegati siano stati compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato in ogni loro parte. Nel caso in cui il versamento sia stato effettuato dopo la data indicata in proposta, il Contratto entra in vigore dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.
- La durata del Contratto varia da un minimo di 10 anni ad un massimo di 30 anni.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto e risolvere il contratto?

- Hai la facoltà di esercitare il **diritto di revoca** finché il contratto non sia concluso, ovvero sino a quando la Compagnia non rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso mediante lettera raccomandata.
- Hai, altresì, la facoltà di esercitare il **diritto di recesso** entro 30 giorni dalla data in cui si è perfezionato il contratto.
- Per esercitare tali diritti devi inviare, entro i termini predetti, una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo della Compagnia.
- La Compagnia entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca – qualora il Contraente avesse già versato il premio dovuto – o di recesso, rimborserà il premio pagato al Contraente, al netto dei costi, delle eventuali imposte e delle spese sostenute dalla Compagnia per gli accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato.
- Hai la facoltà di **risolvere** il Contratto sospendendo il pagamento dei premi. La sospensione del pagamento dei premi comporta l'interruzione delle coperture e i premi già versati, alla data di risoluzione, non verranno rimborsati da parte della Compagnia.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Contratto di Assicurazione Temporanea per il caso di Morte a Premio Annuo Costante Limitato, con Rendita certa



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Aggiuntivo Vita)

Compagnia: Pramerica Life S.p.A.

Prodotto: Family Protection

Data realizzazione documento: 01/01/2020

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazioni prima della sottoscrizione del contratto.

Pramerica Life S.p.A. – Società per Azioni con unico socio – soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A., Piazza della Repubblica n. 14 – 20124 Milano; Tel. 02 722581; Sito Internet: www.pramerica.com; Email: info@pramerica.it; PEC: pramerica@legalmail.it.

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale del 14/03/1990 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19/03/1990. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.00086.

Il patrimonio netto di Pramerica Life S.p.A. ammonta a € 60,23 milioni al 31.12.2018, di cui il capitale sociale è pari ad € 12,5 milioni e le riserve patrimoniali ammontano a € 47,73 milioni. L'indice di solvibilità di Pramerica, determinato in applicazione della normativa Solvency II, è pari al 294,50% che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Oltre a quanto indicato nel DIP Vita sono espresse di seguito maggiori informazioni.

Il **Decesso** è coperto senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione e sport dell'Assicurato.

La garanzia **Invalidità Funzionale Grave e Permanente** – operante se richiamata in polizza – comprende:

- coma irreversibile;
- perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti superiori a partire dal polso;
- perdita anatomica totale e permanente di entrambi gli arti inferiori a partire dal collo del piede;
- perdita anatomica totale e permanente di uno degli arti superiori a partire dal polso, unitamente ad uno degli arti inferiori a partire dal collo del piede;
- perdita totale e permanente dell'uso di entrambi gli arti superiori o di entrambi gli arti inferiori o di uno degli arti superiori e di uno degli arti inferiori congiuntamente.

Sono previste delle **Tariffe Privilegiate**. La tariffa privilegiata è una tariffa basata sul principio della differenziazione del rischio in relazione alle condizioni di salute e all'abitudine al fumo dell'Assicurato. L'applicazione di una tariffa privilegiata consente l'aumento della prestazione iniziale assicurata, a parità di premio. Queste tariffe sono applicabili solo nel caso in cui i limiti di età e di capitale assicurato prevedano la visita medica.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Le garanzie **Decesso e Invalidità Funzionale Grave e Permanente**, non operano in caso di:

- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari; l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per l'incidente di volo;
- ✗ incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- ✗ eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ✗ guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Che obblighi ho? / Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro

Denuncia di sinistro: in caso di sinistro deve essere presentata alla Compagnia denuncia scritta e deve essere prodotta tutta la documentazione indicata all'interno delle Condizioni di Assicurazione.

Prescrizione: si precisa che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione relativamente alle "garanzie vita" prestate dalla Compagnia si prescrivono in 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. In caso di omessa richiesta da parte degli aventi diritto entro detto termine, la Compagnia avrà l'obbligo di devolvere l'importo dovuto al Fondo per le Vittime delle Frodi Finanziarie, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Liquidazione della prestazione: verificata la sussistenza del diritto alla liquidazione, la Compagnia esegue il pagamento entro 30 dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta; decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori dal termine stesso.

La compagnia, inoltre, garantisce il pagamento entro 48 ore in caso di richiesta di Flash Benefit.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato devono essere esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare da parte della Compagnia:

- a. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:
 - il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;
 - la contestazione della validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- b. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:
 - la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato;
 - la facoltà di recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.



Quando e come devo pagare?

Premio	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</i>
Rimborso	<p>È facoltà della Compagnia richiedere all'Assicurato di effettuare un qualsiasi accertamento sanitario e/o consegnare una qualsiasi documentazione sanitaria al fine di completare la valutazione del rischio. In tal caso, la copertura assicurativa rimane sospesa dalla data di richiesta di ulteriore documentazione sino alla data di emissione della polizza; qualora si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata al Contraente.</p> <p>Nel caso in cui la Compagnia dovesse comunicare per iscritto al Contraente la non accettazione del rischio, la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata versato e nulla sarà dovuto per la morte conseguenza diretta di Infortunio.</p>
Sconti	Non sono previsti sconti di premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Oltre a quanto indicato nel DIP Vita sono esposte di seguito maggiori informazioni.</p> <p>Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari, la copertura assicurativa entra in vigore, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine: alle ore 24 del giorno in cui il documento di polizza è emesso dalla Compagnia; ovvero alle ore 24 del giorno di decorrenza, indicata in proposta e in polizza, qualora questo sia successivo a quello di emissione del documento di polizza. Se il versamento del premio è effettuato dopo tali date, il contratto entra in vigore alle ore 24 del giorno di detto pagamento.</p> <p>Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire tra l'entrata in vigore della copertura assicurativa e la data di perfezionamento del contratto, la Compagnia corrisponderà al Beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none">- l'intero capitale indicato nella proposta di polizza, oppure- l'eventuale capitale ridotto correlato al nuovo premio risultante dalla differenza tra il premio iniziale e il premio aumentato dell'eventuale sovrappremio che la Compagnia, nell'accettare la proposta, avrebbe richiesto in considerazione delle attività professionali e/o sportive svolte dall'Assicurato, e/o in considerazione delle condizioni di salute dello stesso dichiarate in proposta. <p>Qualora il contratto non si sia ancora perfezionato (indipendentemente dal fatto che il contratto preveda la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico o la necessità di una verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari), la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato della sola Assicurazione Principale (le eventuali Garanzie Accessorie richiamate in proposta si intendono escluse), con il limite massimo di importo liquidabile pari ad Euro 600.000, qualora il decesso dell'Assicurato – purché intervenuto dopo la sottoscrizione della proposta di polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato e sempre che la prima rata di premio sia stata pagata e ricevuta dalla Compagnia – sia una conseguenza diretta di infortunio.</p>
Sospensione	Non sono previsti casi di sospensione delle garanzie.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</i>
Recesso	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</i>
Risoluzione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</i>



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Non sono previsti né riscatti né riduzioni.
Richiesta di informazioni	-



A chi è rivolto questo prodotto?

Questa polizza – grazie ad un piano assicurativo modellabile a seconda dei bisogni personali di ognuno – è ideale per chi desidera garantire a sé stesso e ai propri cari una protezione assicurativa che preservi economicamente la famiglia dalle difficoltà che possono sopraggiungere in caso di scomparsa improvvisa o Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato, soprattutto qualora rappresenti il principale o l'unico produttore di reddito.



Quali costi devo sostenere?

In caso di frazionamento del premio sarà addebitato un costo aggiuntivo in funzione del frazionamento scelto:

Frazionamento premio	Costo
Mensile	3,5%
Trimestrale	2,5%
Semestrale	2,0%

La Compagnia preleva un costo fisso per ogni importo pagato come di seguito indicato:

	Descrizione dell'importo fisso	Importo
Primo premio	Diritti di emissione	Euro 20
Premi successivi	Diritti di incasso	Euro 2

Inoltre, la Compagnia preleva un importo del premio determinato nella misura del 12% del premio netto oltre ad un importo fisso di euro 70.

La quota parte percepita dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale, è pari al 6,55%.

Qualora per la conclusione del Contratto di Assicurazione sia prevista la visita medica e il Contraente (o l'Assicurato se persona diversa) esegua la stessa presso un centro medico non convenzionato (previa autorizzazione della Compagnia), il costo della stessa dovrà essere anticipato dal Contraente (o dall'Assicurato se persona diversa) e, successivamente all'emissione della polizza, verrà rimborsato. Laddove non sia prevista una visita medica (per età dell'Assicurato e prestazione assicurata), ma si renda necessaria una richiesta di documentazione sanitaria alla fine di completare la valutazione del rischio, le relative spese saranno a carico del Cliente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa Assicuratrice	<p>I reclami, aventi ad oggetto il rapporto contrattuale e specificamente l'effettività della prestazione e della quantificazione/erogazione delle somme dovute o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a:</p> <p>Pramerica Life S.p.A. - Ufficio Gestione Reclami Piazza della Repubblica, 14 – 20124 Milano Fax 02.72003580 - Email: gestione.reclami@pramerica.it</p>
All'IVASS	<p>Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a:</p> <p>IVASS Servizio Tutela del Consumatore Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206 PEC: ivass@pec.ivass.it</p>

La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni:

- dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, domicilio ed eventuale recapito telefonico);
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/08/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>I premi dei contratti di assicurazione sulla vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Diversamente i premi pagati per le assicurazioni complementari abbinate alle assicurazioni sulla vita possono essere soggetti ad imposta nella misura del 2,5%, con le modalità ed i limiti previsti dalla normativa in vigore.</p> <p>Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", viene riconosciuta annualmente al Contraente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF, con le modalità ed i limiti previsti dalla normativa in vigore.</p> <p>In particolare, la detrazione spetta al Contraente a condizione che sia il soggetto che ha pagato il premio e che l'Assicurato – se persona diversa – sia fiscalmente a carico del Contraente stesso.</p> <p>Le somme corrisposte in caso di morte, di Invalidità Funzionale Grave e Permanente e Beneficio in Vita, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'IRPEF.</p>
---	---

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

SUL SITO INTERNET DELLA COMPAGNIA È DISPONIBILE, INVECE, UN'AREA RISERVATA ATTRAVERSO LA QUALE SI POTRÀ ACCEDERE ALLA PROPRIA POSIZIONE ASSICURATIVA CONSULTANDO I DATI PRINCIPALI DELLE POLIZZE SOTTOSCRITTE, QUALI, A TITOLO MERAMENTE ESEMPLIFICATIVO, LE COPERTURE ASSICURATIVE IN ESSERE, LE CONDIZIONI CONTRATTUALI SOTTOSCRITTE E LO STATO DEI PAGAMENTI DEI PREMI.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO	pag. 2
QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	
1. Assicurazione Principale	pag. 7
2. Assicurazione Complementare	pag. 9
• Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)	pag. 9
3. Opzioni	pag. 10
• Opzioni in caso di morte	pag. 10
• Opzioni in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)	pag. 10
• Opzione Flash Benefit	pag. 10
COSA NON E' ASSICURATO? CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	
4. Persone non assicurabili	pag. 11
5. Esclusioni e Limitazioni	pag. 11
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA LA COMPAGNIA?	
6. Denuncia del sinistro e documentazione da presentare	pag. 12
7. Prescrizione	pag. 13
8. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag. 13
9. Pagamenti della Compagnia	pag. 14
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	
10. Premio (limiti e mezzi di pagamento)	pag. 15
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	
11. Conclusione del contratto e decorrenza della copertura	pag. 16
12. Durata	pag. 16
COME POSSO REVOCARE LA PROPOSTA, RECEDERE DAL CONTRATTO O RISOLVERE IL CONTRATTO?	
13. Revoca della proposta	pag. 17
14. Diritto di recesso	pag. 17
15. Risoluzione	pag. 17
SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?	
16. Riscatto	pag. 18
17. Riduzione	pag. 18
18. Mancato pagamento del premio: sospensione e risoluzione	pag. 18
19. Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione	pag. 18
QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?	
20. Costi	pag. 19
ALTRE INFORMAZIONI	
21. Beneficiario	pag. 20
22. Non pignorabilità e non sequestrabilità	pag. 20
23. Cessione — Pegno — Vincolo	pag. 20
24. Tasse ed imposte	pag. 20
25. Controversie e foro competente	pag. 20
26. Legge applicabile al contratto	pag. 21
27. Lingua in cui è redatto il contratto	pag. 21

GLOSSARIO

Appendice

Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto; può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

Cessione

Condizione secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto. Tale atto diviene efficace solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso.

Compagnia

Pramerica Life S.p.A., società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione

Conclusione del contratto

Momento in cui il Contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il Contraente riceve il contratto sottoscritto dalla Compagnia.

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione. Consolidamento

Meccanismo in base al quale il rendimento attribuito secondo la periodicità stabilita dal contratto (semestralmente), e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal contratto e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

Costi

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla società, nonché oneri generalmente costituiti da importi fissi assoluti a carico del Contraente per l'emissione del contratto e delle eventuali quietanze di versamento successivo dei premi.

Decorrenza

Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Differimento (periodo di)

Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la scadenza del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.

Durata del contratto

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Durata del pagamento dei premi

Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estratto Conto Annuale

Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto di assicurazione, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto.

Età assicurativa

Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Fondo Pramerica Financial

Nome della Gestione Separata della Compagnia (vedi "Gestione separata")

Assicurazioni Complementari

Garanzia di puro rischio abbinata facoltativamente all'Assicurazione Principale, come ad esempio la garanzia complementare infortuni o la garanzia esonero pagamento premi in caso di invalidità.

Assicurazione Principale

Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Compagnia si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario, ad essa possono essere abbinate altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari.

Garanzia Aggiuntiva

Si veda "Assicurazioni Complementari"

Gestione separata (Gestione interna separata)

Fondo appositamente creato dalla Compagnia di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.

Impignorabilità e inesquestrabilità

Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Imposta sostitutiva

Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

Imposta sulle assicurazioni

Imposta applicata ai premi versati dal Cliente relativamente a garanzie non attinenti la vita umana.

Intermediario

Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. (IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. Ogni riferimento all'ISVAP contenuto nella documentazione contrattuale e precontrattuale deve intendersi effettuato all'IVASS).

Liquidazione

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Minimo trattenuto

Parte del tasso di rendimento finanziario che viene trattenuta dalla Compagnia, secondo il meccanismo illustrato nella Clausola di Rivalutazione delle Condizioni di assicurazione.

Opzione

Clausola del contratto di assicurazione secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione liquidabile sia corrisposta in una modalità diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio, la possibilità di scegliere che il capitale liquidabile alla scadenza contrattuale sia convertito in una rendita vitalizia oppure, viceversa, di chiedere che la rendita vitalizia sia convertita in un capitale da pagare in soluzione unica.

Partecipazione agli utili

Percentuale del rendimento finanziario attribuita al Contratto.

Pegno

Condizione secondo cui il contraente ha la facoltà di dare in pegno il contratto. Tale atto diviene efficace solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia della garanzia prestata richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno. Con il pegno il Contraente pone il valore di riscatto del contratto come garanzia reale per un affidamento concesso da terzi (di solito una banca).

Perfezionamento del contratto

Vedi "Conclusioni del contratto".

Polizza

Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Compagnia.

Prescrizione

Estinzione di un diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.

Prestito

Somma che il Contraente può richiedere alla Compagnia nei limiti del valore di riscatto eventualmente previsto dal contratto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del prestito vengono definite in una apposita appendice da allegare al contratto.

Proposta

Documento con il quale il Contraente, in qualità di proponente, manifesta alla Compagnia la volontà di concludere

un contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Proroga

Prolungamento del periodo di efficacia del contratto di assicurazione.

Questionario Sanitario (o anamnestico)

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Quietanza di Pagamento

Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su apposito modulo della Compagnia in caso di pagamento con assegno (bancario, circolare o di traenza) o con Bancomat/Carta di credito, costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Compagnia (addebito diretto SEPA), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Recesso (o ripensamento)

Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Regolamento della gestione separata

L'insieme delle norme, riportate nelle Condizioni di assicurazione, che regolano la gestione separata.

Retrocessione

La percentuale del rendimento conseguito nel periodo di osservazione, dalla gestione separata degli investimenti che la Compagnia riconosce agli assicurati.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Riattivazione

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

Ricorrenza annuale

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Riduzione

Diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi periodici, determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

Riscatto

Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di assicurazione.

Riscatto parziale

Facoltà del Contraente di riscuotere anticipatamente una parte del valore di riscatto maturato sulla polizza alla data della richiesta e determinato in base alle Condizioni di assicurazione.

Riserva matematica

Debito che la compagnia di assicurazione ha maturato nei confronti dei propri assicurati, sulla base degli impegni contrattualmente assunti. Si definisce Riserva Matematica perché fa riferimento a formule matematiche attuariali per la sua quantificazione e perché costituita dall'accantonamento di una quota dei premi di tariffa pagati dal contraente. La legge impone alle Compagnia particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.

Risoluzione del contratto

Interruzione dell'efficacia del contratto a fronte di richiesta scritta del Cliente o per mancato pagamento dei premi.

Rivalutazione delle Prestazioni

Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (semestrale) stabilita dalle Condizioni di assicurazione.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Sovrappremio

Maggiorazione di premio richiesta dalla Compagnia per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).

Tariffa

Insieme di basi demografiche e finanziarie che consentono di determinare il premio che il Contraente deve versare per ottenere la prestazione richiesta.

Tariffa Privilegiata

Tariffa basata sul principio di differenziazione del rischio (e quindi dell'importo del premio da versare) in funzione delle condizioni di salute e all'abitudine al fumo dell'Assicurato.

Tasso di Rendimento Minimo Garantito

Rendimento finanziario, annuo e composto, che la Compagnia di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.

Trasformazione

Richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Compagnia, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

Vincolo

Condizione secondo cui il contraente ha la facoltà di vincolare le somme assicurate dal contratto. Tale atto diviene efficace solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso. Qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia della garanzia prestata richiede l'assenso scritto del vincolatario. Con il vincolo di polizza il Contraente designa un terzo beneficiario, che si antepone al primo, nella riscossione (totale o parziale) della prestazione assicurativa, al verificarsi di alcune condizioni.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Oggetto del contratto

Contratto di assicurazione temporanea caso morte, a premio annuo costante limitato.

Il contratto prevede il pagamento ai Beneficiari, in caso di decesso dell'Assicurato, di una rendita certa costante in rate posticipate, fino alla scadenza del contratto.

Il contratto è disciplinato dalla documentazione precontrattuale, dalle condizioni di assicurazione che seguono, nonché da quanto indicato nelle eventuali appendici e negli allegati.

QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Prestazioni Assicurate

Il contratto è costituito dall'Assicurazione Principale e dalle eventuale Assicurazione Complementare IFGP.

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

Art. 1 - Assicurazione Principale

In caso di decesso dell'Assicurato successivamente all'entrata in vigore del contratto ed entro la durata contrattuale, la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario designato in polizza una rendita certa costante in rate posticipate rispetto alla data del decesso, secondo la rateazione richiesta, fino alla scadenza del contratto, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi e fatto salvo quanto previsto al successivo art. 5.

È prevista una rendita minima annua di 6.000,00 euro.

La prima rata verrà corrisposta alla prima scadenza di rata immediatamente successiva alla data del decesso dell'Assicurato.

Qualora non si verifichi la morte dell'Assicurato entro la durata contrattuale, la polizza si intenderà estinta ed i premi pagati restano acquisiti da dalla Compagnia.

La Compagnia offre, inoltre, una garanzia temporanea all'Assicurato anche quando il contratto non si sia ancora concluso (indipendentemente dal fatto che il contratto preveda la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico o la necessità di una verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante accertamenti sanitari).

In particolare, la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato della sola Assicurazione Principale (le eventuali Assicurazioni Complementari richiamate in proposta si intendono escluse), con il limite massimo di importo liquidabile pari ad Euro 600.000,00 (seicentomila/00), a condizione che:

- il decesso dell'Assicurato sia intervenuto dopo la sottoscrizione della proposta di polizza da parte del Contraente e dell'Assicurato;
- la prima rata di premio sia stata pagata e l'incasso sia andato a buon fine;
- il decesso sia una conseguenza diretta di infortunio.

Per infortunio si deve intendere l'evento dovuto a causa fortuita improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte. Nel momento in cui il contratto si perfeziona, qualora si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato, la Compagnia provvederà a liquidare il capitale assicurato indicato sul documento di polizza secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione.

Nel caso in cui la Compagnia dovesse comunicare per iscritto al Contraente la non accettazione del rischio, il contratto si intenderà non concluso e la Compagnia provvederà a restituire il premio di rata versato.

Pertanto nulla sarà dovuto al Contraente e/o al Beneficiario, neppure per la morte conseguenza diretta di infortunio. Sono in ogni caso fatte salve le esclusioni e limitazioni dalla copertura assicurativa di cui al successivo art. 5.

Il presente contratto prevede la classificazione dell'Assicurato nelle seguenti classi di rischio:

- Smoker Standard - Fumatore Standard
- Non-Smoker Standard - Non-Fumatore Standard: l'Assicurato che abbia dichiarato in proposta di non aver fumato (sigarette, sigari, pipa, sigaretta elettronica o altro) nei 12 mesi antecedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Definita l'appartenenza dell'Assicurato ad una classe tra quelle indicate, attestata mediante apposita dicitura in polizza, la Compagnia determina il premio dovuto dal Contraente.

Purché siano trascorsi almeno due anni dalla data di decorrenza del contratto, qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato modifichi le proprie abitudini al fumo, il Contraente può fornire alla Compagnia la dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato attestante da quanto tempo ha smesso di fumare (sigarette, sigari, pipa, sigaretta elettronica, o altro).

Definita la nuova classe di appartenenza, la Compagnia determinerà il nuovo premio dovuto a partire dalla ricorrenza annua del contratto successiva al riconoscimento dello stato di Non-Fumatore Standard dell'Assicurato.

Oltre a quanto sopra, nel caso in cui per età dell'Assicurato e capitale assicurato sia richiesta la visita medica per la verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato, il presente contratto prevede che, all'Assicurato non fumatore che abbia dichiarato in proposta di non aver fumato (sigarette, sigari, pipa, sigaretta elettronica o altro) nel corso dei 36 mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione, venga attribuita la classe di rischio "Non-Smoker Plus - Non-Fumatore Plus", con conseguente maggiorazione della prestazione assicurata.

Inoltre, qualora all'esito della visita medica l'Assicurato presenti le seguenti caratteristiche:

- valore di colesterolo totale non superiore a '220';
- pressione sanguigna: diastolica '80' - sistolica '130' per età no a 49 anni, diastolica '85' - sistolica '135' per età superiori;
- indice di massa corporea (B.M.I. kg/m²) compreso fra 20 e 27;

il presente contratto prevede che all'Assicurato possano venire attribuite le seguenti classi di rischio:

- Smoker Preferred - Fumatore Privilegiato (sempre che abbia dichiarato di non fumare più di 20 sigarette nell'arco delle 24 ore);
- Non-Smoker Preferred Plus - Non-Fumatore Privilegiato Plus.

Si precisa che tuttavia, nel caso in cui una patologia riscontrata attraverso gli eventuali accertamenti sanitari costituisca per la Compagnia motivo di aggravamento del rischio, anche qualora sussistano le condizioni di salute idonee per l'applicazione delle classi di rischio privilegiate, queste ultime non potranno essere applicate.

Definita l'appartenenza dell'Assicurato ad una classe tra quelle sopra indicate, attestata mediante apposita dicitura in polizza, la Compagnia determina la nuova prestazione assicurata mantenendo invariato il premio. Resta inteso che in caso di cambiamento della prestazione assicurata per effetto della nuova classe di appartenenza, i carichi applicati restano riferiti alla prestazione indicata in proposta.

Purché siano trascorsi almeno due anni dalla data di decorrenza del contratto, qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato modifichi le proprie abitudini al fumo e/o migliori le proprie condizioni di salute, il Contraente può fornire alla Compagnia la documentazione necessaria al riconoscimento delle condizioni privilegiate, ovvero:

- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato attestante da quanto tempo ha smesso di fumare (sigarette, sigari, pipa, sigaretta elettronica o altro);
- certificato medico attestante il peso corporeo e i valori di pressione minima e massima;
- esame del colesterolo totale.

Definita la nuova classe di appartenenza, la Compagnia determina la nuova prestazione assicurata dovuta a partire dalla ricorrenza annua del contratto successiva al riconoscimento della nuova classe privilegiata dell'Assicurato.

Art. 2 - Assicurazione complementare

Il Contraente, al momento della sottoscrizione della proposta, può integrare la prestazione prevista dall'Assicurazione Principale con l'Assicurazione Complementare facoltativa Invalidità Funzionale Grave e Permanente (di seguito anche "IFGP").

Per l'Assicurazione Complementare IFGP valgono le seguenti norme:

- opera unicamente se il Contraente ne fa richiesta al momento della sottoscrizione della proposta;
- entra in vigore a partire dall'entrata in vigore dell'Assicurazione Principale;
- rimane sospesa nei suoi effetti in caso di sospensione dell'Assicurazione Principale;
- viene riattivata in caso di riattivazione dell'Assicurazione Principale, salvo diversa richiesta scritta del Contraente;
- in caso di sospensione della sola Assicurazione Complementare IFGP, la stessa non può essere riattivata;
- in tutti i casi di estinzione delle Assicurazioni Complementari gli eventuali premi pagati relativi alle coperture stesse restano acquisiti dalla Compagnia;
- si estingue in caso di estinzione dell'Assicurazione Principale, oltre che nei casi specificamente previsti per l'Assicurazione Complementare.

• INVALIDITA' FUNZIONALE GRAVE E PERMANENTE ("IFGP")

Prestazione assicurata

La presente Assicurazione Complementare garantisce, a condizione che la polizza sia in regola con il pagamento dei premi e fatto salvo quanto previsto al successivo art. 5, nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da Invalidità Funzionale Grave e Permanente, il pagamento all'Assicurato designato in polizza (o al suo legale rappresentante) di una rendita certa costante in rate posticipate rispetto alla data di denuncia dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente secondo la rateazione richiesta, fino alla scadenza del contratto; la prima rata verrà corrisposta alla prima scadenza immediatamente successiva alla data di denuncia dell'IFGP dell'Assicurato.

Qualora non si verifichi l'IFGP dell'Assicurato entro la durata contrattuale, la polizza si intenderà estinta ed i premi pagati restano acquisiti da dalla Compagnia.

Definizione di Invalidità Funzionale Grave e Permanente

Ai fini della presente Assicurazione Complementare, per IFGP si intende una delle seguenti condizioni:

- a. coma irreversibile;
- b. perdita anatomica totale e permanente di:
 - entrambi gli arti superiori a partire dal polso;
 - entrambi gli arti inferiori a partire dal collo del piede;
 - uno degli arti superiori a partire dal polso, unitamente ad uno degli arti inferiori a partire dal collo del piede;
- c. perdita totale e permanente dell'uso di entrambi gli arti superiori o inferiori (con cui si intende la perdita completa delle loro funzioni motorie, in seguito a paralisi motoria completa, ovvero, anchilosi totale di ciascuna delle tre principali articolazioni degli arti superiori o inferiori con l'impossibilità di recupero) o di uno degli arti superiori e di uno degli arti inferiori congiuntamente.

Durata

La presente Assicurazione Complementare ha la medesima durata dell'Assicurazione Principale.

Premio

Per la presente Assicurazione Complementare non è richiesto il pagamento di alcun premio.

Fino a quando l'IFGP non è riconosciuta o non è stata definitivamente accertata, il Contraente è tenuto a proseguire il versamento dei premi dell'Assicurazione Principale e delle eventuali Assicurazioni Complementari.

Una volta riconosciuto lo stato di IFGP il contratto cesserà di produrre i suoi effetti e la Compagnia restituirà l'importo degli eventuali premi pagati successivamente alla data di denuncia dell'IFGP.

Art. 3 - Opzioni

• **Opzioni in caso di morte**

In luogo delle rate di rendita, il Contraente, prima della morte dell'Assicurato o, in mancanza di tale richiesta, il Beneficiario, dopo la morte dell'Assicurato, può chiedere che la rendita sia convertita in un capitale equivalente, pari al valore attuale, calcolato al tasso di interesse del 3% annuo composto posticipato delle rate di rendita pagabili a partire dalla rata immediatamente successiva alla data della morte fino a quella coincidente con la scadenza contrattuale.

• **Opzioni in caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP)**

In luogo delle rate di rendita, il Contraente, prima che si sia verificata l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato o, in mancanza di tale richiesta, l'Assicurato, dopo che si sia verificata l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente, può chiedere che la rendita sia convertita in un capitale equivalente pari al valore attuale delle rate di rendita calcolato al tasso del 3% annuo composto posticipato, pagabili a partire dalla rata immediatamente successiva alla data di denuncia dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente fino a quella coincidente con la scadenza contrattuale. La richiesta deve essere fatta per iscritto al più tardi contestualmente alla denuncia dell'Invalidità Funzionale Grave e Permanente.

• **Opzione Flash Benefit**

In caso di scelta dell'opzione in capitale, alla morte dell'Assicurato, il Beneficiario ha la facoltà di esercitare l'opzione "Flash Benefit" inviando alla Direzione della Compagnia il modulo "Flash Benefit", con i relativi allegati e l'originale del certificato di morte dell'Assicurato.

La Compagnia anticiperà entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione prevista il 25% del capitale liquidabile in caso di morte dell'Assicurato, con un massimo di 20.000 euro al Beneficiario designato, se persona fisica maggiorenne. In caso di più Beneficiari, il precedente importo sarà suddiviso nelle quote spettanti a ciascuno, secondo quanto indicato in polizza.

Nel caso l'Assicurato abbia più polizze, l'importo massimo liquidabile è comunque di 20.000 euro (equamente suddiviso tra i diversi contratti).

Il pagamento sarà effettuato tramite assegno o bonifico.

La liquidazione della residua parte di capitale avverrà con le modalità e secondo le condizioni previste dalle Condizioni di assicurazione.

Nel caso di esclusioni previste dall'Assicurazione Principale e delle eventuali Assicurazioni Complementari, la Compagnia si riserva la facoltà di recuperare l'importo erogato a titolo di anticipazione.

COSA NON E' ASSICURATO? CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 4 - Persone non assicurabili

Il Contraente, se persona fisica, deve avere almeno 18 anni e capacità di agire. In caso di Contraente persona giuridica, il contratto deve essere sottoscritto dal suo Legale Rappresentante, che dovrà essere identificato all'atto della stipula del contratto.

L'Assicurato deve essere una persona fisica con un'età assicurativa compresa tra i 18 anni e i 65 anni.

L'età dell'Assicurato alla scadenza non deve essere superiore a 75 anni.

Art. 5 – Esclusioni e Limitazioni

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione e sport dell'Assicurato.

L'assicurazione vale per qualunque causa di decesso, con le seguenti esclusioni e limitazioni.

• ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione il decesso e l'IFGP causati da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari; l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per l'incidente di volo;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo anche se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.

Unicamente per l'Assicurazione Complementare IFGP, oltre alle esclusioni previste dall'Assicurazione Principale, è escluso dall'assicurazione l'IFGP che derivi da dolo dell'Assicurato.

In questi casi la Compagnia liquiderà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento della morte al netto dei diritti, degli eventuali interessi di frazionamento e degli eventuali sovrappremi.

• LIMITAZIONI

Il presente contratto prevede le seguenti limitazioni:

Carenza in assenza del test HIV

Qualora la morte dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia ad essa collegata, la Compagnia non riconoscerà il pagamento del capitale assicurato, ma, qualora il contratto risulti in regola con il pagamento dei premi, corrisponderà il solo importo della riserva matematica calcolato al momento della morte dell'Assicurato.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di una o più precedenti polizze, espressamente richiamate nel testo della nuova polizza, il periodo di carenza si calcola a partire dalla data di perfezionamento della prima polizza sostituita.

- Assenza di visite mediche.

Non sono previsti periodi di carenza relativi alla verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Resta intesa che vale in ogni caso quanto previsto all'art. 8 relativo alle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato rese in fase di assunzione.

Resta inoltre salva la possibilità di rettifica della prestazione assicurata in base all'età vera dell'Assicurato, qualora quella denunciata risulti errata.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA LA COMPAGNIA?

Art. 6 - Denuncia del sinistro e documentazione da presentare

La Compagnia richiede, al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento delle prestazioni e di individuare gli aventi diritto, **la consegna preventiva - unitamente alla richiesta scritta di liquidazione - dei seguenti documenti:**

In caso di morte dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- codice fiscale e documento di identità valido del Beneficiario;
- relazione medica attestante le cause della morte;
- originale (o copia autenticata) della cartella clinica se esistente;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) sul quale viene indicato se il Contraente stesso ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire; per capitale liquidabile non superiore a 50.000,00 euro potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati. In caso di esistenza di testamento, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà e l'atto di notorietà devono riportare gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
- originale (o copia autenticata) del testamento se esistente;
- copia del verbale redatto dalle competenti autorità se la morte è dovuta ad infortunio o ad infortunio conseguente ad incidente stradale;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

In caso di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP):

- dichiarazione del medico curante attestante lo stato di salute dell'Assicurato;
- documentazione sanitaria relativa all'evento;
- certificato di esistenza in vita (per uso assicurativo) dell'Assicurato;
- copia di un documento di identità valido dell'Assicurato e del Contraente;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

In caso di erogazione di una rendita:

- autocertificazione di esistenza in vita a cura del Beneficiario ad ogni anniversario della data di decorrenza nel periodo di erogazione della rendita;
- codice fiscale e documento di identità valido del Beneficiario;
- questionario di adeguata verifica della clientela;
- modulo di attestazione di residenza fiscale (FATCA/CRS).

Inoltre, nel caso i Beneficiari al pagamento delle prestazioni risultino minorenni o incapaci, è necessario fornire il decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo all'esercente la potestà sui minorenni o al rappresentante degli incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

La documentazione sanitaria da inviare alla Compagnia, a supporto della richiesta di liquidazione, deve essere emessa esclusivamente da uno dei seguenti Paesi:

Paesi membri dell'Unione Europea, Andorra, Australia, Canada, Isole del Canale della Manica, Gibilterra, Hong Kong, Islanda, Isola di Man, Giappone, Liechtenstein, Monaco, Nuova Zelanda, Norvegia, San Marino, Arabia Saudita, Sud Africa, Svizzera, Turchia, Stati Uniti d'America.

In caso di documentazione emessa da Paesi diversi da quelli sopra elencati, la Compagnia si riserva il diritto di non accettarla, o eventualmente di richiedere o effettuare ulteriori accertamenti sanitari.

Ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario verrà richiesta, solamente in relazione ad ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Oltre a quanto sopra, il Contraente, il Beneficiario, l'Assicurato o il suo legale rappresentante, a richiesta della Compagnia, sotto pena di decadenza dai diritti derivanti dalla presente assicurazione, hanno inoltre l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Compagnia per l'accertamento dello stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP);
- consentire che la Compagnia accerti con medici di sua fiducia e a sue spese lo stato di Invalidità Funzionale Grave e Permanente (IFGP);
- fornire ogni ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario che la Compagnia ritenesse opportuno richiedere solamente in relazione ad ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Art. 7 - Prescrizione

Il diritto alla liquidazione delle prestazioni derivante dal contratto di assicurazione sulla vita **si prescrive in dieci anni da quando si è verificato il fatto che abbia determinato l'insorgenza del conseguente diritto** (Cod. Civ. art. 2952 comma II). In caso di omessa richiesta da parte degli aventi diritto entro detti termini, la Compagnia, in ottemperanza a quanto disposto dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni in materia di depositi dormienti, **avrà l'obbligo di devolvere l'importo dovuto al Fondo istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze.**

Art. 8 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato **devono essere esatte, complete e veritiere.**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile, da parte della Compagnia:

- a. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:
 - **il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;**
 - **la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui la Compagnia stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;**
- b. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:
 - **la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato;**
 - **la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.**

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dalla sua riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti rese dal Contraente e/o dall'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede, nel qual caso sarà applicato il precedente punto a).

Inoltre, l'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta la rettifica delle prestazioni assicurate in base alla data corretta.

In caso di dichiarazione inesatta o reticente circa lo stato di Non-Fumatore dell'Assicurato, la Compagnia, a parziale deroga di quanto sopra, applicherà l'articolo 1893 del Codice Civile procedendo, al verificarsi della morte dell'Assicurato, ad una riduzione del capitale assicurato in proporzione alla differenza fra il premio pattuito ed il premio che sarebbe stato applicato qualora non fosse stato dichiarato lo stato di Non-Fumatore dell'Assicurato.

Si precisa che le dichiarazioni, rese dal Contraente e dall'Assicurato o acquisite dalla Compagnia, all'atto della sottoscrizione di ulteriori contratti di assicurazione stipulati con la Compagnia stessa, non liberano, il Contraente e l'Assicurato, dall'obbligo di fornire dichiarazioni esatte complete e veritiere con riferimento al presente contratto di assicurazione.

Il Contraente è altresì tenuto a comunicare alla Compagnia ogni eventuale cambiamento di cittadinanza e/o residenza fiscale entro 30 giorni dalla variazione.

Art. 9 - Pagamenti della Compagnia

Verificatosi l'obbligo di pagamento delle prestazioni, **la Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta, comprensiva di quella eventualmente necessaria all'individuazione, identificazione e verifica dei dati del Beneficiario, nonché delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.**

Decorso tale termine il Beneficiario può richiedere gli interessi moratori a partire dal termine stesso.

Ogni pagamento viene effettuato con assegno o bonifico.

La liquidazione di importo superiore a 10 milioni di euro richiesta da un unico Contraente/Beneficiario o da più Contraenti/Beneficiari, collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi, sarà effettuata nell'arco dei tre mesi successivi alla richiesta di liquidazione frazionando l'importo da movimentare in più operazioni ciascuna delle quali non potrà essere superiore ad euro 10 milioni e sarà effettuata a distanza di tre mesi dalla precedente.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 10 - Premio (limiti e mezzi di pagamento)

Il Contraente pagherà, sempre che l'Assicurato sia in vita e non sia stato colpito da Invalidità Funzionale Grave e Permanente (se richiamata in proposta e in polizza) il premio annuo anticipato costante convenuto alla stipula del contratto.

Il premio annuo è costante ed è dovuto per tutta la durata del periodo di pagamento premi (che è pari alla durata del contratto diminuita di due anni), ma non oltre la morte o l'Invalidità Funzionale Grave e Permanente dell'Assicurato.

Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali e semestrali.

Il pagamento del premio di sottoscrizione può essere effettuato tramite assegno (non trasferibile), bonifico bancario/postale, carta di credito e/o bancomat, bollettino MAV.

Le rate di premio devono essere pagate alle scadenze pattuite mediante addebito diretto SEPA sul proprio conto corrente bancario/postale.

Nel caso in cui il Contraente non sia titolare di un conto corrente bancario/postale potrà corrispondere il premio annuale con la modalità bollettino MAV, ma tale premio non potrà essere frazionato.

Le spese del pagamento gravano su chi lo effettua.

È ammessa una dilazione di 30 giorni, senza oneri ed interessi, durante i quali la copertura assicurativa rimane in vigore.

Tuttavia il Contraente non può opporre, a giustificazione del mancato pagamento del premio, il mancato ricevimento di avviso di scadenza o la precedente riscossione dei premi al suo domicilio.

La Compagnia si riserva di chiedere al Contraente e/o all'Assicurato ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o finanziario ai fini della corretta determinazione e valutazione da parte della Compagnia stessa del rischio assicurativo, dell'ammontare del capitale assicurato e del premio, oltre che per assolvere a specifici adempimenti previsti dalla normativa nel tempo vigente.

Si precisa che l'importo del premio totale annuo indicato in proposta di assicurazione è al netto di eventuali ulteriori sovrappremi calcolati dalla Compagnia nel corso della fase istruttoria, a seguito della valutazione delle dichiarazioni e delle eventuali analisi sanitarie fatte dall'Assicurato.

Nel caso venga applicato un sovrappremio, l'importo complessivo del premio totale annuo relativo all'ammontare della prestazione assicurata così risultante sarà comunicato al Contraente dalla Compagnia e il Contraente potrà:

- a. non accettare di corrispondere il nuovo premio totale annuo determinato (o la differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta qualora avesse già versato quest'ultimo), con la conseguenza che il capitale assicurato iniziale sarà ricalcolato e ridotto in base alla differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta;
- b. accettare di corrispondere il nuovo premio totale annuo determinato (o la differenza tra il nuovo premio e il premio indicato in proposta qualora avesse già versato quest'ultimo), mantenendo la copertura assicurativa per il capitale iniziale indicato in proposta.

Si ricorda infine che la Compagnia, a condizione che l'Assicurazione Principale non preveda un sovrappremio sanitario, **applicherà le tariffe privilegiate**, come indicato all'art. 1.

Il Contraente può richiedere, al proprio Intermediario o al Servizio Clienti, chiarimenti in ordine agli elementi che concorrono a determinare il premio.

Art. 11 – Conclusione del contratto e decorrenza della copertura

Il contratto è concluso quando la Compagnia rilascia al Contraente il documento di polizza o lo stesso riceve per iscritto la comunicazione di accettazione della proposta dalla Compagnia.

Si precisa che il presente contratto prevede la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato. A determinate condizioni (capitale assicurato, età dell'Assicurato), è prevista la possibilità di limitarsi alla compilazione del questionario anamnestico .

L'emissione del documento di polizza avviene a condizione che:

- la proposta di assicurazione e i documenti allegati siano compilati e sottoscritti dal Contraente e dall'Assicurato (se diverso) in ogni loro parte;
- la prima rata di premio sia stata pagata e l'incasso sia andato a buon fine;
- l'Assicurato abbia correttamente compilato il questionario sanitario e/o effettuato tutti gli accertamenti sanitari eventualmente richiesti dalla Compagnia;
- la Compagnia, ricevuta tutta la documentazione, abbia completato la valutazione della stessa e delle dichiarazioni dell'Assicurando, comunicando al Contraente, in caso di esito positivo della fase istruttoria, l'importo del premio dovuto comprensivo di eventuali sovrappremi.

La copertura assicurativa entra in vigore, a condizione che sia stato effettuato il versamento della prima rata di premio e che l'incasso sia andato a buon fine:

- **alle ore 24 del giorno di decorrenza indicata in proposta;**
- **alle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento, se successivo alla data di decorrenza indicata in proposta.**

Resta inteso che è facoltà della Compagnia richiedere all'Assicurato di effettuare un qualsiasi accertamento sanitario e/o consegnare una qualsiasi documentazione sanitaria al fine di completare la valutazione del rischio. In tal caso, la copertura assicurativa rimane sospesa dalla data di richiesta di ulteriore documentazione sino alla data di emissione della polizza.

Art. 12 – Durata

La durata del contratto varia da un minimo di 10 anni ad un massimo di 30 anni.

La durata del periodo di pagamento premi è pari alla durata del contratto diminuita di due anni.

Art. 13 - Revoca della proposta

Ai sensi dell'art. 176 CAP, **il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima del perfezionamento del contratto** che avviene nel momento in cui la Compagnia rilascia al Contraente la polizza o comunica per iscritto allo stesso il proprio assenso, mediante lettera raccomandata con l'indicazione di tale volontà. Gli obblighi assunti dal Contraente e dalla Compagnia cessano dal ricevimento della comunicazione stessa da parte della Compagnia.

Qualora il Contraente avesse già eseguito il versamento del premio dovuto, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, rimborserà il premio pagato al Contraente stesso, con diritto di recuperare le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato, se sostenute dalla Compagnia.

Art. 14 - Diritto di recesso

Ai sensi dell'art. 177 CAP, **il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data in cui si è perfezionato.**

Il Contraente deve richiedere il recesso per iscritto, mediante lettera raccomandata.

La Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il premio da quest'ultimo pagato con diritto di recuperare le eventuali imposte e le spese per gli eventuali accertamenti sanitari eseguiti dall'Assicurato, se sostenute da la Compagnia.

La Compagnia tratterà per l'operazione di recesso 50,00 euro, in relazione alle spese sostenute per l'emissione del contratto ai sensi dell'art. 177 CAP.

Art. 15 – Risoluzione

Il contratto si estingue:

- con l'esercizio del diritto di recesso;
- in caso di liquidazione della prestazione prevista per morte o IFGP dell'Assicurato;
- qualora NON si verifichi la morte o l'IFGP entro la durata contrattuale;
- in caso di mancata corresponsione del premio relativo alla prima annualità, che comporta la risoluzione del contratto trascorsi trenta giorni dalla scadenza della rata non versata (le rate non pagate restano acquisite dalla Compagnia).

Il contratto estinto non può essere riattivato.

Art. 16 – Riscatto

Il presente contratto non prevede la possibilità di riscattare anticipatamente.

Art. 17 – Riduzione

Il presente contratto non prevede la possibilità di riduzione della prestazione assicurata.

Art. 18 - Mancato pagamento del premio: sospensione e risoluzione

Il pagamento del premio - o di una rata, se il premio è frazionato - deve essere effettuato entro 30 giorni dalla data di scadenza pattuita.

Nel caso in cui, nel corso della durata del contratto, il Contraente non corrisponda un'annualità di premio - o una rata, se il premio è frazionato - entro il termine previsto, il contratto è sospeso dalla Compagnia.

Una volta che il contratto è sospeso, la garanzia assicurativa non è più operativa e il Contraente può chiedere la riattivazione del contratto secondo quanto previsto dal successivo art. 19.

Si precisa che qualora il Contraente non richieda la riattivazione, **il contratto è risolto di diritto con la perdita definitiva della copertura assicurativa e dei premi versati che restano definitivamente acquisiti dalla Compagnia.**

Art. 19 – Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione

Il Contraente può riattivare il contratto sospeso mediante il pagamento del premio – o di tutte le rate di premio – arretrato aumentato degli interessi calcolati sulla base del saggio annuo di riattivazione, nonché in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione. Per saggio annuo di riattivazione si intende il tasso che si ottiene aggiungendo 3 punti percentuali alla misura annua di rivalutazione determinata, ai sensi della Clausola di Rivalutazione, alla ricorrenza semestrale della polizza alla quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del saggio legale di interesse determinato dal Ministero del Tesoro.

La riattivazione è automatica se la Compagnia riceve il versamento di quanto dovuto dal Contraente entro sei mesi dalla data di scadenza del pagamento.

Oltre tale periodo la riattivazione può avvenire, entro un ulteriore termine massimo di sei mesi, soltanto previa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può, a sua discrezione, richiedere all'Assicurato nuovi accertamenti sanitari (il cui costo è a carico del Contraente o dell'Assicurato se persona diversa) e/o altra documentazione e decidere circa la riattivazione in base al loro esito.

Nel caso in cui la Compagnia autorizzi la riattivazione, la stessa avviene alle ore 24 del giorno di ricevimento da parte della Compagnia del pagamento dell'importo dovuto. A partire dalla sua riattivazione, il contratto prevede le normali prestazioni, fatto salvo, in ogni caso, quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione in ordine alla validità delle garanzie assicurative.

La riattivazione del contratto non può essere esercitata limitatamente ad una sola delle garanzie assicurate. Trascorso il periodo di sospensione senza che il contraente abbia versato quanto dovuto, lo stesso non è più riattivabile.

In questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati vengono acquisiti dalla Compagnia.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE ?

Art. 20 – Costi

- Costi gravanti sul premio

I costi sono la parte di premio che viene trattenuta dalla Compagnia per far fronte alle spese per l'acquisizione e la gestione del contratto.

A tal fine la Compagnia preleva un importo del premio determinato nella misura del 12% del premio netto, oltre ad un importo fisso di euro 70 e un costo fisso per ogni importo pagato come di seguito indicato:

	Descrizione dell'importo fisso	Importo Fisso Premio Semestrale
Primo premio	Diritti emissione	€ 20,00
Premi successivi	Diritti incasso	€ 2,00

Il premio annuo può essere frazionato e questo comporterà il pagamento di costi aggiuntivi sul premio in funzione del frazionamento scelto, così come di seguito indicato.

Frazionamento Premio	Costo
Mensile	3,5%
Trimestrale	2,5%
Semestrale	2%

- Costi per visita medica

Per i contratti che prevedono la preventiva verifica delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica (per età dell'Assicurato e capitale assicurato), il costo della visita medica è a carico della Compagnia.

Nel caso in cui questa venga effettuata in uno dei Centri Medici Convenzionati, il pagamento avverrà direttamente da parte della Compagnia; nel caso di visite mediche effettuate in un Centro Medico non convenzionato (previa autorizzazione della Compagnia), il costo della stessa dovrà essere anticipato dal Contraente (o dall'Assicurato se persona diversa) e, successivamente all'emissione della polizza, verrà rimborsato per un importo massimo pari a:

- € 120,00 + IVA per un VM1
- € 190,00 + IVA per un VM2
- € 220,00 + IVA per un VM3
- € 340,00 + IVA per un VM4

Laddove non sia prevista una visita medica (per età dell'Assicurato e prestazione assicurata), ma si renda necessaria una richiesta di documentazione sanitaria al fine di completare la valutazione del rischio, le relative spese saranno a carico del Cliente.

ALTRE INFORMAZIONI

Art. 21 - Beneficiario

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione del Beneficiario e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o contenute in un testamento valido.

La designazione del Beneficiario non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

1. dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2. dopo la morte del Contraente (il Contraente ha tuttavia la possibilità di dichiarare la propria volontà rispetto all'eventuale trasferimento ad un soggetto terzo della titolarità della polizza in caso di propria premorienza. Tale dichiarazione potrà contenere il conferimento al nuovo Contraente della piena facoltà di disporre della polizza, anche per quanto riguarda il riscatto, l'apposizione di pegno o vincolo e la variazione dei Beneficiari precedentemente designati);
3. dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di riscatto, prestito, pegno o vincolo richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Si precisa che, salvo diverse indicazioni del Contraente all'interno della proposta, in caso di designazione di più Beneficiari, la prestazione assicurata sarà liquidata agli stessi in parti uguali.

Art. 22 - Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art 1923 del Codice Civile le somme dovute dalla Compagnia non sono pignorabili né sequestrabili.

Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art. 1923 comma 2 del Codice Civile).

Art. 23 - Cessione - Pegno - Vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, abbia emesso la relativa appendice.

In presenza di un pegno o di un vincolo il pagamento di qualsiasi prestazione richiede l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Art. 24 - Tasse ed imposte

Tasse e imposte relative al contratto se previste, sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 25 - Controversie e foro competente

Le controversie di natura medica sul riconoscimento e l'indennizzabilità del sinistro e dei relativi criteri di indennizzabilità, nonché su riconoscimento e cessazione dello stato di invalidità totale e permanente, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

La richiesta di Collegio Medico arbitrale è effettuata con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 30 giorni dalla comunicazione del rifiuto all'indennizzo da parte della Compagnia o entro 60 giorni dalla comunicazione del mancato riconoscimento del sinistro IFGP o dalla comunicazione relativa all'invalidità totale e permanente.

Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Ove ne riscontri l'opportunità, è data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dello stato dello stato di salute ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono

vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, purché sul territorio italiano.

Art. 26 - Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana. Per tutto ciò che non è specificamente disciplinato valgono, in quanto applicabili, le norme di legge in materia.

Art. 27 - Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto ed ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

www.pramericagroup.it

Pramerica Life S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale

Piazza della Repubblica, 14 - 20124 Milano

Tel. 0272258.1 - Fax 0272003580

PEC: pramerica@legalmail.it

Capitale Sociale € 12.500.000 i.v.

Partita IVA 10528800963

Codice fiscale e n. di iscrizione Registro imprese di Milano 02653150108

Iscritta all'Albo imprese di Assicurazione al n. 1.00086

Appartenente al Gruppo Eurovita regolarmente iscritto all'Albo Gruppo Assicurativo al n. 053.

Società soggetta a direzione e coordinamento di Eurovita Holding S.p.A.



Pramerica